DOI：10.12209/issn2708-3845.20230203003
版本号：V1.0

1 例中医护理特色技术在脓毒症休克合并胃肠功能障碍的护理报告

张小桐，蔡卫敏，刘书华

（首都医科大学附属北京中医医院 重症医学科，北京，100010）

摘要：目的：总结 1 例脓毒症休克合并胃肠功能障碍的护理过程，为此类疾病重症患者的护理提供中医的参考思路。**方法：**通过脓毒症病患者入院经查体、消化检查，循环检查，感染，西医明确诊断脓毒症休克，急性肠胃炎，中医诊断脱病，阳气欲脱、痰浊闭阻证。在整体治疗过程中给予胃肠功能管理，抗感染、补液升压、调节菌群失调，肛周皮肤管理，中医情志护理措施。**结果：**患者胃肠功能恢复，病情平稳，转至普通病房继续治疗。**结论：**中医综合护理干预过程中采用传统的医学理论与方法对患者采取中医护理特色技术方法，养护结合，在调理的同时对严重脓毒症胃肠功能障碍患者进行护理干预，有意于临床效果的提高和自主功能的恢复。

关键词：脓毒症休克；胃肠功能障碍；中医护理特色技术

脓毒症是指严重的感染合并全身恶性炎症反应，是创伤、烧伤、休克及感染等危急重症病人中最为严重的并发症，具有发病率高、死亡率高等特点[1]严重脓毒症因其高发病率和高病死率而严重危害人类的生命健康，给国家和社会带来了巨大的财力和人力负担[2]。目前，国际上对严重脓毒症的防治研究已成为医疗卫生领域常见的重大疑难疾病。脓毒症是指由于各种致病微生物或是其他毒素存在于人体的血液或是身体组织中，致使人体机体感染的一种不可控的全身炎症的反应。胃肠功能障碍在危重症患者病情演变中扮演了重要的角色，如何促进严重脓毒症患者胃肠功能的恢复已成为危重病领域的热点研究问题，而护理对于严重脓毒症胃肠功能障碍患者的转归和预后是密不可分的[3]。虽然胃肠功能障碍不会对患者造成致命伤害，但是会使患者康复时间延长，加重患者的心理负担，所以出现胃肠功能障碍，给予针对性治疗和中医综合护理干预，以达到胃肠功能恢复到正常水平之内的目的[4]。早期目标导向护理是根据患者血流动力和全身组织缺氧情况，及时行体液复苏，以纠正血流异常和全身缺氧，达到防止心功能衰竭、严重炎性反应发生，降低患者病死率的作用。

中医护理特色技术是以中医理论为指导，运用整体观，对疾病进行辨证施护，并运用特色中医中药技术与方法，对患者及人群施以照顾和服务，保护人类健康的一门应用学科。从中医学角度分析，本病由机体气机逆乱、气血运行失常所致，为正虚邪实之证，因急则治其标，采用具有通里攻下作用的大承气汤可峻下热结，在改善肠黏膜屏障功能及促进胃肠功能恢复等方面有满意疗效[5]。

临床发现，严重脓毒症患者伴发胃肠功能障碍的概率较高，其发生率在 34%~55% 之间，胃肠功能障碍是一种临床常见的非器质性胃肠道疾病，主要临床特征为腹痛、腹胀、恶心、呕吐及大便习惯改变等症状。我科 2021 年 8 月 11 日收治 1 例脓毒症休克合并肠胃功能障碍为研究对象，基于患者护理诊断制定了个性化的中医护理方案，患者腹泻、发热，咳嗽咳痰等明显改善，病情好转，故现报告如下。

1. 病例简介

一般资料：患者周某，男性，75 岁，退休，于 2021 年 8 月 24 日入院，入院主诉“间断腹泻伴发热、咳嗽咳痰半月余，加重 1 天”，8 月 8 日腹泻 10 余次，T：39.2℃，急性胃肠炎、休克纠正可进食流食；8 月 10 日急诊收入综合科，仍腹泻，嗜睡，血压下降，T37.2℃，脓毒性休克，补液、升压；8 月 11 日综合科收入 ICU，神清，循环稳定，无腹泻，T36.3℃ 急性胃肠炎、休克纠正，可进食流食；8 月 24 日患者腹泻、呕吐，T39.4℃，急性胃肠炎。

既往史：抗感染治疗陈旧性脑梗死病史七年余，高血压病史 20 余年，高脂血症病史 20 余年，二型糖尿病史 20 余年，前列腺增生病史七年，胆囊结石病史 40 余年。

过敏史：青霉素皮试（＋），局部皮肤变红。

个人史：生于原籍，居处无潮湿之弊。不规律吸烟、饮酒史 50 余年，已戒 7 年。

辅助检查：

实验室检查：白细胞：14.85*109/L，中性粒细胞：85.3%，降钙素原检查：0.11ng/ml

C-反应蛋白：18.7mg/L，血气分析乳酸 2.2mmol/L，便常规＋潜血：阴性。

查体：腹泻为水样便，量多（14 次/天、1604ml/天），腹膨隆，中上腹压痛，肠鸣音 4-6 次/分，保留胃管，24h 胃残留量 299ml，体温 39.4℃，Bp92/40mmHg，GCS 评分：E3V5M4，咳嗽咳痰,痰液自行咳出，伴喘憋，双肺呼吸音粗，可闻及少量湿罗音及痰鸣音，保留尿管，尿为淡黄色。

治疗过程：

感染方面：患者体温最高 39.4℃、炎症指标较前明显上升，考虑急性胃肠炎所致，同时不排除呕吐所致吸入性肺炎。完善病原学检测，同时行胸腹盆 CT 检查，明确感染灶及致病

菌，予美平 1g q8h 抗感染治疗。

循环方面：Bp92/40mmHg，水样便量为 1604ml，乳酸 2.2mmol/L，考虑灌注不足、急性胃肠炎，脓毒性休克，予扩容补液，关注血压、出入量及乳酸变化。

消化系统：患者进流食后腹泻、呕吐 2 次，疑似与饮食不调有关，之后出现体温升高，腹胀，行腹部 CT 检查肠管内可见大量积气，予停肠内营养，接胃肠减压，留置肛管辅助排气。

2. 护理经过

2.1 护理评估

生命体征：T39.4℃、P104 次/分、R20 次/分、Bp92/40mmHg，意识状态：神志清楚，精神弱，体位：咳嗽咳痰，喘憋加重，被动体位（半卧位），消化系统：留置胃管，胃残余量 299ml，泌尿系统：留置尿管，日均尿量 1200ml，末梢循环：肢端温暖，双足背动脉搏动强，心理状况：情绪焦虑，紧张，皮肤状况：肛周淹红，未破溃，评分：ADL 评分，0 分（日常生活完全依赖他人）Braden 评分，14 分 （中度危险）。

2.2 排便情况

8 月 24 水样便 14 次黄色粪便检查呈阴性，大便量 1604ml；肠胃情况：8 月 24 号喂养量 400ml，胃残余量 299ml，腹部触诊腹膨隆有压痛，肠鸣音 4-6 次/分。

3. 护理计划

胃肠功能管理；抗感染、补液升压、调节菌群失调；肛周皮肤管理；中医情志护理。

4. 护理措施

4.1 中医辨证属脱证，急以补虚固脱

辨证施护：予耳穴压丸（肺脾肾穴）一日 3 次,每次每穴按压 30-60 秒，刺激强度以微微疼痛为度通过经络传导，达到行气止痛，改善腹泻腹胀，宁心安神，调整脏腑功能，CT 显示患者肠管内大量积气，大便量多，予肛管应用， 胃液多，予胃肠减压。

2021-08-27 入院第 4 日：腹泻无明显缓解，是由于脓毒症休克，使用大剂量去甲肾上腺素+间羟胺治疗；意识障碍加重,尿量减少,血压下降，急性肾衰竭，CRRT；喘憋明显，是急性呼吸衰竭导致，气管插管，机械通气。

排便情况：8 月 27 水样便 7/E 次黄色粪便检查呈阴性，大便量 1518ml。

肠胃情况：8 月 24 号喂养量 650ml，胃残余量 448ml，腹部触诊腹膨隆有压痛，肠鸣音 4-6 次/分。

4.2 辨证施护

药结肠滴注，予桃核承气汤合大承气汤，每日一次 200ml，促进气机条达。

芒硝袋外敷腹部，每 4h 更换一次芒硝袋，逐水消肿。穴位注射，予新斯的明 2ml 双侧足三里注射，每日一次，辅助行气通便。耳穴压丸，予王不留行籽贴敷在肺、脾、肾穴一日 3 次,每次每穴按压 30-60 秒,通过经络传导，达到行气止痛、改善腹泻腹胀，宁心安神、调整脏腑功能。针灸，上中下脘、天枢、关元、足三里、上下巨虚、三阴交，每日一次行气通腑泻热。隔姜灸，取 0.2-0.3cm 厚姜片，中间用三棱针刺孔，每次灸 1-2 柱，以局部皮肤潮红不起疱为度。予关元、神阙、上中下脘、足三里，每日一次增强脾胃功能，顾护阳气。

4.3 抗感染、抗休克、器官支持等治疗

4.3.1 感染方面：予美平 1g q8h 抗感染治疗。

4.3.2 呼吸系统：氧疗纠正缺氧，呼吸衰竭加重时气管插管机械通气，并逐渐脱机拔管。

4.3.3 循环方面：扩容补液；去甲肾上腺素泵入，保证器官灌注，血压稳定后逐渐停用。

4.3.4 消化系统：抑酸护胃，改善胃肠功能。

4.3.5 泌尿系统：CRRT 肾脏支持治疗，关注内环境稳定。

4.3.6 血液系统：补充造血原料，间断输血，纠正贫血。

4.3.7 中医治疗：参附注射液回阳固脱，血必净注射液化痰解毒，依据辨证辨病调整方药。

4.4 肛周皮肤管理

患者腹泻次数多，量大，致肛周淹红未破溃，予甘草油 Tid 湿敷，可清热解毒，修复受损的皮肤细胞，加快细胞再生，还可起到保湿的作用，能够在皮肤表面形成一种保护膜，防止水分的流失，使炎症和肿痛很快消失；予患者 q2h 翻身，防止肛周受压；予气垫床应用，防止压疮。

4.5 中医情志护理

4.5.1 入院后责任护士了解患者日常起居、脾气、爱好等情况，为患者提供优质护理做好准备工作。

4.5.2 为患者配置收音机等，缓解患者紧张、焦虑的情绪。

4.5.3 每周二和周六下午 4:00 与家属进行半小时的视频对话，增加情感抒发，调动患者积极性，移易精气，变利气血。

4.5.4 每天下午 4:00 予患者腹部按摩 10 分钟，促进排便，使腹胀减轻，让患者放松促进胃肠功能恢复。

5. 护理效果

5.1 喂养量增加，胃残余量降低；08-24 予耳穴压丸、胃肠减压、肛管排气； 08-27 予中药结肠滴注、芒硝外敷、耳穴压丸、针灸、隔姜灸治疗；09-06 暂停芒硝外敷，予暂停胃肠减压，10%GS20ml/h 鼻饲加热泵入；09-10 暂停隔姜灸，予百普力 20ml/h 鼻饲，米汤 30ml/q8h 鼻饲，匀浆膳 2 勺＋温水 30ml7:00 鼻饲；09-13 暂停针灸、穴位注射；09-18 患者胃肠功能恢复，病情平稳，转至普通病房继续治疗。

5.2 大便形态由水样便变成软便逐渐成型，大便的次数也由一天多次且大量变成一天两次且量正常。

5.3 监测腹内压及时可了解胃肠道蠕动功能并给予减压干预有助于避免严重全身多器官功能障碍[6-9]。此外，物理性刺激也有助于增加胃肠道蠕动，通过按摩，推揉，腹式呼吸等方式给予肠道动态刺激，,并可结合中医脾胃相关穴位按摩,过程中应避免患者皮肤受损，按摩后保持清洁干燥[10-12]。以上措施综合为保护胃肠道功能集束化护理,单项操作简单易行，可行性较好。

6.讨论

有研究表明，大承气汤能加快胃肠蠕动，修复受损的肠黏膜屏障，改善肠黏膜微循环，对胃肠功能的恢复具有促进作用，并能抑制脓毒症病情的发展[13]。中药灌肠疗法通过直肠给药，与口服给药途径相比具有较大的优势，减少了消化酶对药物的分解，且不经肝脏代谢，药物被肠道黏膜直接吸收入血，药物浓度达到峰值的高度和时间均具有较大的优势。中医学理论认为，肺与大肠相表里，灌肠给药可通过大肠，经经脉布散全身，而达到治疗效果。该疗法操作简单，药物吸收迅速，起效快，可有效提高临床治疗效果，因此在脓毒症的临床治疗中得到广泛应用。吴茱萸的主要成分为生物碱，能温中散寒，理气止吐，对胃肠道有双向调节作用，直接刺激了肠道，促进了大肠蠕动，达到泻下的目的，可促进胃肠蠕动[14]，严重脓毒症胃肠功能障碍患者的胃肠道功能明显改善，腹内压降低、胃肠道功能评分好转。

患者以提高机体免疫力为饮食准则，多食富含维生素食物，调节机体代谢功能，提高人体抗细菌病毒能力[15]。

综上所述，对脓毒症休克合并胃肠功能障碍患者采取中医护理特色技术干预,结合针灸、耳穴压丸、穴位注射、中药外敷、中药结肠滴注等护理措施,可有效改善患者病症,减轻患者疼痛感,同时结合情志护理干预缓解患者焦虑情绪,更有利于患者生活质量的改善,提高临床疗效。

参考文献

[1] 张晓璇, 陈名桂, 梁雪妃. 护理人员值班对白天与夜间收治的重症脓毒症患者预后的影响

[J].广东医学,2017,38(9):1459-1460,1463.

[2] 黄丹,张晓震,俞辰斌,等.早期应用大黄附子汤改善脓毒症患者胃肠功能障碍的临床研究[J].中国中西医结合急救杂志,2016,23(4):393-398.

[3] 袁芳芳,苏磊,刘志锋.肠功能障碍分子机制的研究进展[J].广东医学,2012,33(12):1838-1840.

[4] 李闪闪,江荣林.中西医结合防治脓毒症胃肠功能障碍研究进展[J].浙江中西医结合杂志,2015,25(7):705-710.

[5] 吴明芳,张俊,利跑.大承气汤辨证加味联合小肠减压管治疗小肠梗阻的疗效及对肠黏膜屏障功能和肠道功能的影响[J].四川中医,2018,36(7):108-110.

[6] 秦龙,张颖萍,刘秋旻,等.脓毒症并发胃肠道功能不全综合征死亡危险因素分析[J].中国现代医学杂志,2013,23(12):91-94.

[7] 袁少锋.吴茱萸研究概况[J].时珍国医国药,2000,11(3):281-282.

[8] 颜光涛,薛辉,林季,等.脓毒症后 leptin 对肠道功能的影响及对肝肾功能的保护作用[J].中国病理生理杂志,2007,23(8):1566-1569.

[9] 李颖,孙雪梅,陆霞.集束化护理在重症胰腺炎肠功能障碍中的应用[J].护士进修杂志,2014,29(3):250-251.

[10] 张向英,杨小芳,严加费.加味承气汤配合穴位按摩对妇科腹腔镜术后胃肠功能的影响[J].中国现代医生,2014,52(5):89-91.

[11] 刘迪,甘慧玲,童巧薇.综合性护理干预对胃肠道手术患者术后胃肠蠕动功能和并发症的影响[J].中国现代医生,2014,52(6):114-116.

[12] 袁璐,黄耀,张卫星,等.胃肠道术后肠外-肠内序贯营养支持与全肠外营养的比较研究[J].中国现代医生,2014,52(9):40-42.

[13] 余丹凤,翁银燕,徐建,等.大承气汤对行机械通气严重脓毒症患者炎症反应和免疫调节功能的影响[J].中国中医药科技,2011,18(3):181-182,175.

[14] 余萱,陈小玲.生大黄煎剂保留灌肠治疗脓毒症的疗效与护理[J].赣南医学院学报,2011,31(4):644-645.

[15] 胡美军,胡锋华.集束化护理管理对 ICU 脓毒症患者早期脱机的影响[J].中医药管理杂志,2017,25(4):38-40.